

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ

Скворцова В.В.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

До начала 70-х гг. проблема выбора этиотропной терапии инфекций дыхательных путей казалась окончательно решенной. Высокая чувствительность к другим антибиотикам *S.pneumoniae*, являющегося основным патогеном острых средних отитов, синуситов, пневмоний, инфекций ЦНС, не вызывала проблем при выборе эмпирической терапии. Со времени появления пенициллинорезистентных, а затем и множественнорезистентных пневмококков, во многих странах возникла проблема выбора антибиотиков для лечения пневмококковых инфекций [1].

Учитывая преимущественную роль *S.pneumoniae* в этиологии внебольничной пневмонии, достигающую 60% и более у лиц, не имеющих сопутствующихотягощающих факторов [2], нами проведена оценка клинической эффективности использования бета-лактамов препаратов и макролидов при лечении данной категории больных. Принимая во внимание частое наличие сопутствующей патологии у лиц старше 45-50 лет, оценку эффективности антибактериальной терапии проводили при лечении 140 больных внебольничной пневмонией в возрасте от 15 до 40 лет, госпитализированных в Витебскую областную инфекционную клиническую больницу в 2004-2005 гг. У всех больных заболевание не имело тяжелого течения и не требовало госпитализации в отделение интенсивной терапии и реанимации. Выбор стартовой антибактериальной терапии проводился с учетом имеющихся рекомендаций Американского общества инфекционных болезней (АОИБ, 2000), Канадского общества инфекционных болезней/Канадского торакального общества (КОИБ/КТО, 2000). Европейского респираторного общества (ЕРО, 1998), российских рекоменда-

ций [3], протоколов обязательного обследования и лечения больных в стационарных условиях Республики Беларусь (2000).

В связи с разноречивостью существующих рекомендаций и учитывая региональные уровни чувствительности *S. pneumoniae*, нами для сравнения выбрано 4 схемы стартовой антибактериальной терапии: ампициллин парентерально или ступенчатая терапия ампициллин-амоксциллин; цефазолин; цефотаксим; цефотаксим+макролид. Выбор стартовой терапии осуществлялся методом случайной выборки, предпочтение отдавалось рандомизированному назначению с чередованием схем терапии.

Как показали проведенные исследования, при использовании в качестве стартового препарата ампициллина у 28 больных положительный эффект получен у 24 из них. У 4 (14,28%) больных на фоне введения ампициллина сохранялись симптомы интоксикации, лихорадка в связи, с чем на 3-4 день лечения была проведена смена антибактериальной терапии на эритромицин, азитромицин, цефотаксим, цефотаксим+эритромицин, во всех случаях в последующем был получен положительный эффект. Цефотаксим был назначен больному, который на догоспитальном этапе получал доксициклин. Как показал анализ, все больные, у которых не было получено эффекта на фоне лечения ампициллином, были в возрасте от 15 до 23 лет и являлись учащимися школ, средних или высших учебных заведений, 2 из них проживали в общежитии, что может указывать на возможную микоплазменную или хламидийную этиологию заболевания, и объясняет отсутствие эффекта. Средняя длительность сохранения температуры на фоне проводимой терапии составила 1,87 дня, длительность сохранения других симптомов интоксикации 1,1 дня. Средняя длительность сохранения кашля составила 7,04 дня. У 7 из 24 больных проведена ступенчатая терапия со сменой ампициллина на амоксициллин на 4-5 день лечения. При этом не отмечено ухудшения состояния или удлинения сроков сохранения инфильтративных изменений в легких.

При использовании в качестве стартового препарата цефазолина отсутствие эффекта отмечено у 9 (18,75%) из 48 больных. Им всем проведена смена антибактериальной терапии на цефотаксим+эритромицин (азитромицин) или эритромицин (1 больной), во всех случаях в последующем был получен положительный эффект. При этом только 5 из 9 больных, у которых не было получено эффекта при использовании цефазолина, были учащимися или студентами. Средняя длительность сохранения температуры на фоне проводимой терапии составила 2,1 дня, средняя длительность других симптомов

интоксикации составила 1,3. Сроки сохранения кашля были равны 6,65 дня.

При использовании в качестве стартового препарата цефотаксима отсутствие эффекта было отмечено только у 3 (6,82%) из 44 больных. Им всем проведена смена антибактериальной терапии на азитромицин (1) или эритромицин (2 больных), во всех случаях в последующем был получен положительный эффект. При этом все больные, у которых при стартовой терапии цефотаксимом было получено отсутствие эффекта, являлись учащимися или студентами. Средняя длительность сохранения температуры на фоне проводимой терапии составила 1,48 дня, других симптомов интоксикации 1,4 дня. Средняя длительность сохранения кашля составила 6,26 дня.

При использовании в качестве стартового препарата комбинированной терапии (цефотаксим+эритромицин или азитромицин) отсутствие эффекта не было отмечено ни у одного из 20 больных, получавших указанную схему терапии. Средняя длительность сохранения температуры на фоне проводимой терапии составила 1,65 дня, других симптомов интоксикации – 1,4 дня. Средняя длительность сохранения кашля составила 6,43 дня.

Таким образом, проведенный анализ показал, что наиболее клинически эффективной схемой антибактериальной терапии при лечении больных внебольничной пневмонией, не имеющей тяжелого течения и сопутствующихотягающих факторов, является комбинированная терапия с использованием цефалоспоринов III поколения (цефотаксим) и макролидов (азитромицин или эритромицин). Указанная комбинированная схема терапии позволяет обеспечить воздействие на максимально широкий перечень этиологических агентов данной категории больных, включая пневмококк, атипичную флору (хламидии и микоплазмы). В то же время анализ использования бета-лактамов антибиотиков не выявил принципиальных различий в длительности сохранения интоксикации, лихорадки, кашля при использовании аминопенициллинов, цефазолина и цефотаксима. Однако при использовании последнего препарата, отсутствие эффекта наблюдалось значительно реже.

Литература:

1. Сидоренко С.В. Проблемы этиотропной терапии внебольничных инфекций дыхательных путей //Инфекции и антимикробная терапия, 1999. - №1 – с 37-45.
2. Синопальников А.И. Внебольничная пневмония//КМАХ, 2000 - №2. – с 23-27.
3. Современные клинические рекомендации по антимикробной терапии. Выпуск 1. – Смоленск: МАКМАХ, 2004 – 384 с